



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

Centro de Posgrado

Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva.

**Vivencia de la sexualidad en mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos
Lara de la ciudad de Cuenca 2018.**

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Magíster en Género, Desarrollo,
Salud Sexual y Reproductiva.

Autor:

Pablo José Tenesaca García

CI: 0103666608

Directora:

Dra. Carmen Patricia Costales Paredes

CI: 1704815685

Cuenca- Ecuador

15/10/2019



Resumen:

El estudio para analizar la vivencia de la sexualidad en mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara de la ciudad de Cuenca 2018, se desarrolla con la participación de 113 personas a quienes se les aplicó un cuestionario auto administrado de 19 preguntas enfocadas en los dominios de deseo, excitación, orgasmo, lubricación y dolor percibidos durante la actividad sexual en las últimas cuatro semanas, instrumento conocido como FSFI (Female Sexual Function Inventory). Pudiéndose determinar que la mayoría de mujeres presenta riesgo de disfunción sexual. La edad media de las mujeres evaluadas es de 44 años y las edades en las que se presenta una menor experiencia de la vivencia sexual es entre los 30 a 34 y entre 50 a 54.

Palabras claves: Disfunción Sexual. Sexualidad. Cuidadora. Vivencia.



Abstract:

The study to analyze the experience of sexuality in women beneficiaries of the Joaquín Gallegos Lara bond of the city of Cuenca 2018, is developed with the participation of 113 people who were given a self-administered questionnaire of 19 questions focused on the domains of desire, excitement, orgasm, lubrication and pain perceived during sexual activity in the last four weeks, instrument known as FSFI (Female Sexual Function Inventory). Being able to determine that the majority of women presents risk of sexual dysfunction. The average age of the women evaluated is 44 years and the ages in which there is less experience of sexual experience is between 30 to 34 and between 50 to 54. Key words: Sexual dysfunction, sexuality, caregiver, experience.

Keywords: Sexual Dysfunction. Sexuality. Caregiver. Experience.



Índice del Trabajo

Resumen:	2
Abstract:	3
INTRODUCCIÓN	8
FUNDAMENTO TEÓRICO	10
Sexualidad	10
Dimensiones de la sexualidad.....	12
Las mujeres como cuidadoras	15
Derechos sexuales y reproductivos	17
Salud sexual.....	18
OBJETIVOS	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos.....	20
METODOLOGÍA.....	20
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIÓN.....	27
RECOMENDACIONES	28
Referentes bibliográficos.....	29
ANEXOS.....	34
FSFI SCORING APPENDIX.....	36
FSFI DOMAIN SCORES AND FULL SCALE SCORE	40



Cláusula de Propiedad Intelectual

Pablo José Tenesaca García, autor del trabajo de titulación **“Vivencia de la sexualidad en mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara de la ciudad de Cuenca 2018”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 14 de octubre 2019

Pablo José Tenesaca García.

C.I: 0103666608



Universidad de Cuenca



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Pablo José Tenesaca García en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“Vivencia de la sexualidad en mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara de la ciudad de Cuenca 2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 14 de octubre 2019

Pablo José Tenesaca García.

C.I: 0103666608



INTRODUCCIÓN

Desde las últimas tres décadas, la crisis de los cuidados, en Latinoamérica, se ha manifestado con mayor fuerza debido a que se han agravado los indicadores de desigualdad entre hombres y mujeres. Es así que se ha suscitado un notable incremento de la necesidad de cuidado, sobre todo el requerido por adultos mayores a quienes les resulta difícil desenvolverse solos, además de individuos con patologías crónicas y aquellos que presentan limitantes de orden temporal o permanente, siendo las soluciones adoptadas muy desiguales (D'Argemir, 2016).

Es por lo mismo que los cuidados de las personas dependientes, son hoy en día un problema de la sociedad de acuerdo con D'Argemir (2016) quien explica el suceso como un reto de proporción mayor que cada vez demanda más atención por el aumento de la carga de responsabilidad que asume la familia cuidadora, ya que se ha incrementado la temporalidad en el que una persona requiere atención, esto se debe a la mayor expectativa de vida y menor tasa de natalidad. Dichas condiciones han generado una carga mayor en aquellos sujetos cuidadores más que en el resto de miembros en una familia, lo que trae consigo impactos físicos y psicológicos.

Y es que los grupos familiares presentan condiciones particulares, destacándose que el cuidado recae sólo en una persona conocida como “cuidadora principal”, quienes generalmente son mujeres, aunque existen registros de hombres que asumen el rol, estos lo hacen en menor medida o actúan como ayudantes. Al respecto Cantón (2014) indica que de diez mujeres cuidadoras, ocho de ellas responden como familiares mayores, es decir que son la esposa, hija, nuera, nieta, etc.

Por su parte Martín (2014) menciona que las actividades que las cuidadoras llevan a cabo, incluyen una gran inversión de tiempo y gasto energético, además de que algunas acciones que deben ejecutar son incómodas o desagradables, e incluso explica que debido a la falta de preparación de la persona para ejercer el rol de cuidadora, le resulta muy complejo el poder afrontar las adversidades que se presentan, por lo mismo considera que la tarea de cuidado es única y con grandes diferencias respecto a otro tipo de actividades en la misma área. Aquí, también tienen mucho que ver, aspectos relativos al parentesco con el familiar dependiente, factores personales del cuidador,



tipo de relación mantenida con el sujeto de cuidado, nivel de dependencia e incluso la motivación para llevar a cabo la actividad (gratitud, cariño, responsabilidad social, etc.).

Por dichos motivos, en el Ecuador, la perfilación de los individuos que ejercen el rol de cuidadores de sujetos dependientes, en la última década, ha cambiado radicalmente. Esto se debe a la intervención de las entidades de control estatal, que con programas sociales han hecho extensiva su ayuda para otorgar al cuidador, beneficios sociales y económicos que le permitan realizar su labor y el impacto emocional y físico sea menor. Para esto, el Gobierno implementó el subsidio conocido como Bono Joaquín Gallegos Lara, además de procesos de capacitación llevados a cabo por el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Ministerio de Salud Pública, en los que no solo se les imparte nuevos conocimientos sobre el cuidado hacia un familiar dependiente sino que se establecen espacios de diálogo en los que pueden compartir sus experiencias (MIES & MSP, 2014), pero pese a ello el abordaje de la sexualidad sigue siendo un tema difícil de tratar, incluso existiendo escasos datos sobre la vivencia de la misma por parte de los cuidadores.

Esta situación que viven las cuidadoras en el país, se contrapone a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2006) la cual afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Sin embargo, las mujeres cuidadoras deben enfrentar las diferencias y desigualdades en cuanto a los factores que determinan la salud y la enfermedad pues ésta ha sido el creado por la dinámica del sistema sexo-género y la vivencia en la sexualidad.

Así, el presente trabajo pretende ahondar en esta realidad, introduciendo y tratando de demostrar los múltiples vínculos que existen en la vivencia de la sexualidad de mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara de la ciudad de Cuenca en la zona urbana. Esto en alineación con Esguerra (2013) quien explica que la sexualidad forma parte de los elementos que constituyen la calidad de vida, que muchas veces es anulada en el caso de las mujeres cuidadoras.

Por lo que se considera imperioso realizar, a través de este estudio, un abordaje de la temática que vaya más allá de los postulados biológicos y/o fisiológicos que atañen a la dimensión de la calidad de



vida de los individuos, esto en cuanto existe la creencia de que, para los cuidadores, la sexualidad carece de importancia (Rentería & Sardiñas, 2009).

FUNDAMENTO TEÓRICO

Sexualidad

Para comprender la sexualidad, se precisa partir desde los postulados de Rubin (1989) quien consideró que, de la relación existente entre los sexos y el otorgamiento de niveles al género, se ha desarrollado un sistema sexual, el cual sirve de fundamento para que la sociedad pueda evaluar los actos sexuales conforme grados de estratificación de valor sexual. Es decir, que existiría una sexualidad buena, normal y natural la cual hace referencia a la heterosexualidad, monogamia, convivencia en pareja y reproducción. Por otra parte, se menciona al sexo malo o también identificado como anormal con el que se habría definido a la homosexualidad, promiscuidad, relaciones fuera del matrimonio y a la decisión de no procrear.

Estos postulados ponen de manifiesto que, para construir un significado de sexualidad, es preciso referirse al contexto socio-cultural, el cual tiene cierto grado de complejidad a más de estar caracterizado por normativas y reglas que establecen límites y desclasifican a la sexualidad ilegítima, exponiendo como figura de respeto a aquella que permanece dentro de las consideraciones establecidas, lo que generaría consecuencias en el desarrollo de los aspectos relacionados con la vivencia de la sexualidad y salud sexual (Beltrán, 2015).

Además es necesario considerar lo analizado por Freud (1905) con su teoría acerca del desarrollo sexual, en la que explica a la sexualidad como un punto de referencia para el crecimiento y desarrollo de los individuos. De tal manera, que el psicoanálisis se refiere a la sexualidad como designio de una serie de procesos que atraviesa el ser humano como: la excitación, el placer, así como la funcionalidad del aparato genital; todos estos, presentes desde la niñez, a los cuales se los conoce como componentes normales del amor sexual (Laplanche y Pontalis, 1993). A partir de lo expuesto Ellis (1993) afirmó que el deseo sexual tiene valía para hombres y mujeres, refutando además que la acción de masturbarse provoca enfermedad (Ikastola, 2009).



Es así como se registra, históricamente, la ampliación de una definición de sexualidad, comprendiéndola a esta como un suceso independiente de la reproducción, que tiene como objetivo satisfacer el deseo y conseguir placer. Por lo tanto, la sexualidad debe ser considerada desde dos ideas claras: una con carácter subjetivo que plantea quiénes somos y qué somos; y por otra parte debe remitirse a la sociedad, es decir, al crecimiento, bienestar y salud de un grupo poblacional. Entonces, conforme el grupo es más consciente y preocupado del acontecer de sus miembros, considerando los beneficios de la igualdad moral, la estabilidad económica, seguridad nacional, higiene y la salud general, también se preocupará por la sexualidad y vida sexual de sus prójimos, ocasionado que se incremente la ansiedad moral, intervención médica, higiénica, legal y de asistencia social, todas estas desarrolladas para la comprensión del “yo” a través del entendimiento del sexo (Weeks, 1998).

Entonces, cuando se haga referencia a la sexualidad, es transcendental tener claro que no solo está sujeto al contacto sexual con la pareja, al cuerpo y sus funciones, sino también a lo que una persona es capaz de sentir, percibir u otros factores que cada sujeto emplea para el afrontamiento de las relaciones afectivas y la vida sexual de una manera significativa y constructiva (Lucas, 2011).

De esta manera es posible comprender que la sexualidad puede desarrollarse y expresarse de distintas formas con el paso de los años. Siendo la psique (mente humana) el que adquiere un rol esencial en la forma de vivir la sexualidad e incluso de sentirla, además hasta en la manera en la que es percibida la belleza, las opiniones acerca de lo bueno y malo referido al sexo, la personalidad, convicciones y el temperamento (Rubio, 2014, p.34).

De esta forma va tomando importancia la sexualidad de los individuos por lo que Giraldo (2011) hace énfasis en el factor emocional, debido a que considera que la persona es afectada en sus emociones de diversas formas por cuanto la interacción social con los demás puede variar; es decir, que conforme la experiencia que viva un individuo, sea esta positiva o negativa, es manejada desde la emoción. Esto se traduce en que cada experiencia sexual que un individuo tenga, dejará en él un sentimiento o emoción ya sea de tensión o angustia, o podría ser de alegría y tranquilidad. Por lo que se considera que si un individuo cuidador no vive a plenitud su sexualidad, potencialmente será blanco de sentimientos como frustración, angustia, enfado, etc.



Así, para Lucas (2011) el conocer la sexualidad humana y el aprendizaje de una vivencia de la misma con madurez, asumiendo el rol de personas sexuadas, debe ser uno de los objetivos principales de la sociedad actual. Y es que la sexualidad se constituye en una de las dimensiones más importantes en la vida de las personas, capaz de afectar a su equilibrio y bienestar. Pese a ello, en la actualidad, la postura de la sociedad ha sido marginadora, ya sea de una forma más discreta o siendo totalmente directa. Esto presume que el contexto social condiciona el entendimiento de la sexualidad humana, provocando que los individuos limiten su capacidad para “vivirse” como entes sexuados, desatando un silencio frustrante caracterizado por el sufrir sin que puedan encontrar alternativas a sus conflictos sexuales.

Por estas razones, el concepto de bienestar sexual se ha quedado reducido, lo que, unido al temor del individuo a expresarse, disminuye el valor que la sociedad otorga a la sexualidad, dificultando el acceso en igualdad de oportunidades a la salud sexual sobre todo en personas cuidadoras de sujetos dependientes.

Dimensiones de la sexualidad

En lo referente a las dimensiones de la sexualidad para Carrasco, Borderías & Torns (2011) se consideran las siguientes:

- a) **Biológica:** aborda aquellos factores determinantes del desarrollo sexual, que van desde el momento en el que un sujeto es concebido hasta el nacimiento y la actitud adoptada durante la pubertad para la procreación posterior. Además, contempla aspectos relativos al deseo sexual y sensaciones físicas tales como: reflejo sexual, incremento de pulsaciones, respuesta del órgano sexual, sensación de calor, e incluso la impresión de un cosquilleo en el cuerpo. En la dimensión biológica sucede el impulso sexual, comprendido este como un proceso que desencadena la conducta sexual, la cual necesita de estimulaciones externas y el funcionamiento nervioso del sistema hormonal.

En este punto, es preciso indicar que el contacto físico adquiere un rol de gran importancia en el comportamiento sexual, pues los nervios sensitivos, que proceden de las zonas erógenas que se

estimulan, son los responsables de transmitir las sensaciones en dos vías, la una hasta la medula espinal y una segunda con destino al encéfalo, puntualmente al cerebro, en donde se producen las respuestas ante la estimulación sexual.

- b) Psicosocial: referida a los aspectos psicológicos, aquí figura el pensamiento, emociones y personalidad, además de factores propios de la vida en sociedad como el ser humano en el confuso contexto en el que se interrelaciona con los demás y sus normativas sociales y culturales. Esta dimensión se caracteriza por un mayor desarrollo de la personalidad, siendo una etapa de gran importancia debido a que cada individuo, ya sea en la adolescencia o en la adultez, se enfrenta ante el reto de alcanzar su identidad o una concepción de sí que sea clara. Y es que a medida que se desarrolla, debería producirse un apego hacia la orientación educativa y sexual que modelarán la forma de relacionarse entre hombres y mujeres.
- c) Conductual: esta dimensión permite el conocimiento del ser humano considerando su forma de actuar, así como su forma de ser en cuanto al aspecto social y sexual que marcan su conducta. Esto permite explicar por qué un individuo adopta determinada conducta sexual que los diferencia de los demás y le permite garantizar la identidad sexual que se conserva durante toda la vida. Además, en la dimensión conductual, que considera la sexualidad humana, la parte emocional adquiere un rol fundamental en la vida de los individuos, en tanto es a partir de ella que surge la motivación que influye en la conducta humana.
- d) Clínica: en esta, la concepción de la salud se concibe como una condición en la que se encuentra el organismo humano, caracterizada por no presentar algún tipo de patología, dicho estado no es permanente o total, pues se consolida conforme el individuo se cuida y procura mantenerse saludable y equilibrado.

Desde dicha perspectiva, la sexualidad, al ser parte de las dimensiones humanas, demanda una condición saludable en el individuo para que este pueda desarrollarse, por lo que, cuando una persona presenta alguna enfermedad o situación que altera su salud, puede ser causante de una distorsión en su respuesta sexual, no solo por el desequilibrio que significa si no por la potencial ingesta de medicamentos capaces de anular su reacción sexual. A esto se suman las emociones



que un individuo experimenta, tales como el temor, culpabilidad, ansiedad, tristeza, etc., que afectan al desarrollo de su sexualidad. Todos estos factores, se convierten en puntos de interés de la dimensión clínica de la sexualidad, la misma que pretende buscar formas de solucionar todos los problemas que pueden impedir el desarrollo de una vida sexual sana y placentera (Lucas, 2011).

- e) Cultural: esta dimensión parte desde la perspectiva de que cada grupo poblacional posee sus propios rasgos culturales que lo identifican y le permiten trascender en el tiempo, lo que ha permitido que se conserven distintas prácticas sexuales, por medio de las cuales, los individuos son capaces de expresar su manera de ser, pensar y sentir. Cabe decir, que la dimensión cultural en relación a la sexualidad, se forma desde la infancia y se consolida con el transcurso de los años, atravesando las distintas etapas de la vida.

Por lo tanto, es posible considerar que la realidad de la sexualidad humana, es complicada, además contempla sus diferentes dimensiones y caracteriza a hombres y mujeres desde una perspectiva física, psicológica y espiritual. Es por ello que existe el riesgo de que se consideren por separado alguna de las dimensiones, lo que genera una pérdida del sentido de su realidad, y se conciba solamente desde una de ellas los postulados de la moral, ocasionando que no se integre adecuadamente la sexualidad como una unidad del individuo y en su relación con los demás (Kimmel, 2012).

Por ello, para esta investigación, es pertinente que no se pierda la concepción referida a la sexualidad, ya que de ello dependerá que se pueda comprender su complejidad, además de identificar la fundamentación necesaria para la integración ética de su diversidad en el individuo, de tal manera que se supere la fragmentación de las formas de verla, específicamente de las cuidadoras de personas dependientes. Pues la concepción de la sexualidad es tan amplia como la conducta o inclusive como la personalidad.

Así, será necesario referirse a la sexualidad, implicando el sexo, la identidad, el rol de género, aspectos eróticos, placer, intimidad, el acto reproductor y las distintas orientaciones sexuales; ya que



esta se vivencia y es expresada en la forma de pensar del individuo, sus fantasías, anhelos, actitud, roles, conducta, valores y en su manera de relacionarse con los demás.

Las mujeres como cuidadoras

En la actualidad, todos los aspectos que han sido mejorados como la forma de alimentarse, trabajar, vivir, así como otros tantos factores, han provocado que la expectativa de vida se incremente, por tanto, las personas viven más años, pero esto también trae consigo problemáticas referidas a la salud ya que estos presentan la necesidad de ser tratados, e incluso algunos sobreviven con grados de discapacidad considerables, demandando mayores y complejos cuidados. Lo expuesto, expone una tendencia que será más notoria en años venideros. Inclusive en la actualidad, de acuerdo con IMSERSO (2018), en España la relación de dependencia en individuos que requieren cuidados, oscila del 10% al 15%, siendo adultos con edades superiores a los 65 años y el valor porcentual se incrementa a medida que la edad avanza. Además, la mayoría de estos individuos se provee en su hogar ya que los servicios sociales no cubren la totalidad de sus necesidades.

Ante lo cual, son las mujeres quienes efectúan la tarea del cuidado, en mayor medida, debido a que esta actividad es particularmente considerada como una labor de ellas. Así pues, anteponiéndolo a sus propias expectativas y proyectos de vida, las mujeres han venido realizando un trabajo que es invisible, en cuanto este se lleva a cabo en el ámbito del hogar y es poco valorado y desde luego no pagado (IMSERSO, 2018).

Esto para Peralta (2014) se explica como consecuencia de un modelo patriarcal que las mujeres han debido aceptar y por ende cumplir los roles asignados por el mismo. Dicho modelo ha sido transmitido por medio del proceso educativo y la comunicación de mensajes de la sociedad, lo que ha fortalecido la idea de que el género femenino se encuentra mejor preparado que el masculino para cuidar a personas dependientes, adjudicándoles calificativos que las caracterizan como abnegadas y tolerantes al sufrimiento, además de otras habilidades que las hacen especiales e idóneas para el rol de cuidadoras.



Pese a lo expuesto, en aquellos grupos familiares en los que no se tiene una figura femenina, es un hombre el que adquiere el rol de cuidador, lo que demuestra que también existe participación de este género, e incluso en familias en las que la mujer ejerce prioritariamente esta actividad, ya cuenta con apoyo de algún miembro masculino (Peralta, 2014).

Ahora bien, en los últimos años ya se comenzó a otorgar apoyo y formación a la cuidadora en aspectos relativos a la salud, además de propiciar descansos, que, si bien tienen efectos positivos, en ambas partes, es decir el sujeto de cuidado como el cuidador, perturban la situación, generando beneficio para los procesos sociales y de salud. Es decir, que se plantea el cuidado de la cuidadora sin que se tome en cuenta que aún existe una gran carga sobre las mujeres como figuras que proveen cuidados. Inclusive una investigación efectuada por la Organización Mundial de la Salud (2015) expuso los aspectos característicos de una mujer cuidadora, siendo estos los siguientes:

- El 80% de cuidadores son mujeres.
- De todas las mujeres cuidadoras, el 57% son parientes cercadas al sujeto dependiente, es decir que responden como su hija, además el 17% son identificadas como cónyuges, y el 10% nueras.
- La edad promedio de las mujeres cuidadoras es de 53 años.
- De las cuidadoras, en su mayoría tienen una edad superior a los sesenta años.
- El domicilio suele ser compartido entre la cuidadora y la persona dependiente.
- Más del 80% de cuidadoras, no realiza ninguna actividad laboral.
- El 80% de cuidadoras realiza su actividad a diario.
- Las horas dedicadas al cuidado son en promedio once diarias, y son compartidas con sus actividades propias del hogar.
- El 50% de cuidadoras efectúan su actividad solas.
- Se ha estimado que 1 por cada 3 cuidadoras llevan a cabo esta actividad por 6 años o más.
- El 80% de las cuidadoras es reconocida como la principal fuente de ayuda para el individuo dependiente.
- El 70% de las cuidadoras realiza labores domésticas, además de cuidados personales y de salud.
- Entre el 60% al 70% de cuidadoras no goza de buena salud.



Derechos sexuales y reproductivos

A través de los años, todo lo relativo a la corporalidad y principalmente la forma de expresión de la sexualidad ha sido controlada por la sociedad, concibiéndolas como un “conjunto de procedimientos normados, tales como la religión, ética, costumbres, usos, terapéutica y el Derecho, los cuales son difundidos por medio de acciones selectivas, estableciendo una red de limitaciones capaces de garantizar que la sociedad sea sometida a valores de un sistema dominante” (León, 1999, p. 56).

Este proceso de dominación se presenta en dos niveles, uno referido a la educación relacionado con la persuasión en el cual se involucra la familia, la instrucción formal, la religión, entre otros. Su objetivo es lograr que se interiorice en los sujetos, valores y reglas que rijan sus comportamientos. Por otra parte, en un segundo nivel, se hace referencia a la represión, presente ante conductas no adecuadas o alineadas con los valores y normativas establecidas en el nivel uno (Zaffaroni, 2000).

Entonces, pese a todos los impedimentos que se puedan presentar, el miedo al abordaje del derecho reproductivo y la carencia de un debate respecto al derecho sexual, la Constitución de la República del Ecuador ha reconocido otros aspectos importantes que se han convertido en puntos clave para proteger los derechos humanos, además de marcar una gran influencia en otros ámbitos de la sociedad. Entre los derechos reconocidos en la Constitución, están:

- Art. 23. Numeral 2 La protección a la integridad personal en la que se sanciona aquellos actos que se refieran a violencia, ya sea esta física, psicológica, sexual o coacción moral.
- Art. 23. Numeral 3: La igualdad ante la ley referida a que todos los individuos serán considerados como iguales, por lo tanto tendrán el goce de los idénticos derechos, libertades y oportunidades sin que se efectúe discriminación alguna.
- Art. 23. Numeral 5: El derecho a desarrollar libremente su personalidad sin que existan limitantes que no sean de tipo legal referida a los derechos.
- Art. 23. Numeral 21: El derecho a guardar reserva sobre sus convicciones políticas y religiosas. Es decir que bajo ninguna circunstancia se podrá hacer uso de datos personales de terceros más que para cuando se requiera atención médica.
- Art. 23. Numeral 25: El derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual.



- Art. 36. El Estado velará por el respeto a los derechos laborales y reproductivos de las mujeres, para mejorar sus condiciones laborales, acceso a la atención médica sobre todo para aquellas en período de gestación o lactancia.
- Art. 36. Inciso segundo: El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, enfatizando en el proceso educativo relativo a la alimentación y nutrición de mujeres y niños, además de la salud sexual y reproductiva, por medio de la intervención de la sociedad y en conjunto con la intervención colaborativa de los medios de comunicación social.

El incluir estos derechos, representó una gran labor por parte de la Asamblea, tanto a nivel interno como externo debido a la existencia de oposición y resistencia para el tratamiento de estas temáticas, motivo por el que fue necesario conformar alianzas y conversatorios en los que figuraron personas de distintas tendencias, inclusive miembros de la Iglesia, que generalmente fueron recelosos ante la propuesta (Ruiz, 1999).

Pero, en las últimas décadas, las mujeres ecuatorianas han logrado avances importantes en el ejercicio de sus derechos humanos, como reformas legales que garantizan su igualdad ante la ley y el acceso equitativo a la educación; sin embargo, aún quedan muchos retos pendientes entre los que figuran la falta de conocimiento y respeto a los derechos sexuales y reproductivos, carencia de formación al respecto y ausencia o menor calidad del servicio público ofertado a las personas pero fundamentalmente al género femenino que ha sido excluido por sus condiciones de pobreza, discapacidad, edad adolescente, raza, portadoras de VIH, trabajadoras sexuales, migrantes, que son reconocidas como diferentes opciones sexuales, en las que también se incluye a las mujeres cuidadoras.

Salud sexual

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1975) la salud sexual integra componentes somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y de carácter sexual capaces de potenciar la personalidad del sujeto, el sentimiento de amor e incluso la comunicación con su entorno, comprendiendo que las relaciones sexuales no solo son un acto para procrear, si no que otorgan placer. Sin embargo, esta primera definición de la OMS debió ser modificada, pues ha necesitado ser



ajustada al contexto social porque de acuerdo con Sanz (2018) el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual se han convertido en problemas sociales, por lo que no se puede mencionar al placer sin que se haga referencia a un control social de la sexualidad, de tal manera que para el año 2000 la OMS expresa:

Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos (OMS, 2000, p.6).

Dicho concepto denota de forma implícita una perspectiva de género, además de considerar la variedad de comportamientos sexuales pues se refiere a experiencias, por tanto la salud sexual no se refiere solo a un fin reproductivo, también involucra el funcionamiento sexual, involucrando la conducta, vivencias, el bienestar físico, emocional, de la mente e incluso el social que atañen a la sexualidad, entonces se trata de una necesidad propia del individuo en sus diferentes etapas a lo largo de su vida y contexto cultural (Sanz, 2018).

Por lo tanto, el estudio de la sexualidad dimensionado en el concepto de salud, conforme Lameiras et al (2013) implica que se reconozca la realidad biológica y social del individuo, a partir de la cual se construye, es decir que se la debe entender con un enfoque integral que incorpora la diversidad y pluralidad del ser sexuado ante el mundo y no solo desde una perspectiva médica referida a la ausencia de enfermedad. De esta forma el presente estudio considera a la mujer desde su posición de cuidadora de una persona dependiente, es decir que se posiciona en su contexto a partir del cual se procura identificar factores que afectan a su sexualidad como la edad, instrucción, estado civil, además de reconocer alteraciones en su vivencia de la sexualidad.



OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la vivencia de la sexualidad en mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara de la ciudad de Cuenca 2018.

Objetivos específicos

- Describir percepciones sobre la sexualidad en mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara de la ciudad de Cuenca 2018.
- Identificar dimensiones de la sexualidad a nivel inter e intra personal en mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara de la ciudad de Cuenca 2018.
- Conocer los elementos culturales que inciden en la vivencia de la sexualidad en mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara de la ciudad de Cuenca 2018.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: El presente es un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. El carácter cuantitativo se aplicó con el fin de contabilizar el número de casos y sus aspectos más relevantes a fin de transformar la información en frecuencias y porcentajes, es decir datos medibles para formular hechos y descubrir patrones, para ello se usó el Female Sexual Function Inventory (FSFI). Además, es descriptivo en cuanto analizó la realidad de un grupo poblacional escasamente estudiado, y transversal porque estimó la magnitud y distribución de la condición de salud sexual (variable dependiente) en un momento dado, además de medir otras características en los individuos de la población (Anexo 1. Operacionalización de variables).



Área de estudio: la presente investigación se realizó en la provincia del Azuay, cantón Cuenca, área urbana, durante el periodo 2018.

Universo: la población de estudio estuvo conformada por todas las mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara registradas hasta el año 2018 en la provincia del Azuay, cantón Cuenca, área urbana, las cuales corresponden a 358 personas (MIES, 2018).

Muestra: La muestra se constituyó por 113 mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara. Esta fue calculada mediante fórmula por Epi Info, con un 5% de error, 80% de confianza y 50% de frecuencia esperada.

Técnica, instrumentos y procedimientos: la técnica empleada fue por medio de recolección de información primaria haciendo uso del cuestionario que para el caso de investigación fue el Female Sexual Function Inventory (FSFI). Esta herramienta tiene la particularidad de poder ser auto administrada, consta de 19 preguntas enfocadas en los dominios de deseo, excitación, orgasmo, lubricación, satisfacción y dolor percibidos durante la actividad sexual en las últimas cuatro semanas previas a su aplicación.

El FSFI se creó en el año 2000 por Rosen y colaboradores en el que se clasifican los diferentes tipos de desorden sexual que constaban en el DSM IV, éste se validó con Weigel (2005) comprobando su utilidad para discriminar a mujeres con y sin disfunción sexual. A continuación, se presenta la consistencia de la herramienta por medio de la prueba Alfa de Cronbach.

Tabla 1. Consistencia de dominios del FSFI con Alfa de Cronbach

Dominio	Preguntas	Resultados
Deseo	1-2	0.71
Excitación	3-6	0.87
Lubricación	7-10	0.85
Orgasmo	11-13	0.74
Satisfacción	14-16	0.88
Dolor	17-19	0.85



Para el presente estudio se utilizó una versión traducida al español. El cuestionario y su sistema de calificación son de uso libre y se pueden obtener en Internet en la página www.fsfi-questionnaire.com. El instrumento asigna un puntaje a cada una de las 19 preguntas, cada una con 5 o 6 ítems a los cuales se les asigna un valor conforme la opción que elija el individuo evaluado, estos valores van de 0 a 5, de tal manera que cada puntaje es multiplicado por un factor (Anexo 2.) y el resultado de los dominios es sumado, así a mayor puntaje existe un menor riesgo de alteración en la salud sexual, mientras que, un valor menor de 5 define un problema.

El procedimiento para el levantamiento de información, partió desde la aprobación de la Universidad de Cuenca. Se trabajó con 113 mujeres cuidadoras beneficiarias del Bono Joaquín Gallegos Lara que fueron contactadas de forma directa por medio del Ministerio de Inclusión Económica y Social debido a las reuniones mensuales que mantienen en sus inmediaciones. A las cuidadoras que participaron en la investigación se les pidió firmar un consentimiento informado con el fin de que manifestaran su deseo de ser parte del proceso investigativo o no. Así, una vez obtenida la firma de aprobación, se procedió a la aplicación del cuestionario. Posterior a ello se realizó la tabulación de la información, procesamiento y análisis por medio de representaciones en frecuencias y porcentajes en Excel. También se efectuó un análisis bivariado utilizando chi-cuadrado, y la determinación del valor de p con el software SPSS, para evaluar la asociación entre las variables.

Criterios de inclusión

- Se consideró a las mujeres cuidadoras beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara con residencia en la ciudad de Cuenca, área urbana.
- Quienes aceptaron la participación mediante la firma de consentimiento informado.
- Que no tenga otra enfermedad que pueda afectar a la evaluación.

Criterios de exclusión

- Personas beneficiarias del bono Joaquín gallegos Lara que residan en otras zonas diferentes a las del estudio.
- Hombres beneficiarios del bono Joaquín gallegos Lara.

- Personas que no terminen el llenado del formulario de estudio o no firmen el consentimiento informado.

RESULTADOS

La edad promedio de las mujeres investigadas fue de 44 años. El grupo etario predominante se concentró entre los 30 a 34 años. Además, se registró, que el 44% son casadas, el 21% viven en unión libre, 18% son solteras, 12% separadas y 4% viudas. Respecto a su nivel de instrucción, se pudo determinar que el 58% poseen instrucción primaria (Ver Tabla 2), y se obtuvo que el 25% tiene dos hijos.

Tabla 2. Características sociodemográficas

Estado civil			Instrucción		
Condición	N°	%	Nivel	N°	%
Unión libre	24	21%	Ninguno	12	11%
Casada	50	44%	Primarios	65	58%
Separada	14	12%	Secundarios	28	25%
Soltera	20	18%	Superiores	8	7%
Viuda	5	4%			
Total	113	100%		113	100%

También se pudo determinar que un 86% de las mujeres cuidadoras no tiene empleo y apenas el 14% realiza alguna actividad económica. Por otra parte, considerando los resultados del cuestionario FSFI, el puntaje promedio fue de 3, es decir por debajo de lo considerado por los autores del test (5 puntos) para considerar un riesgo de disfunción sexual. Además, el 14% de mujeres no presenta riesgo de disfunción sexual, mientras el 86% si lo hace (Ver Figura 1).

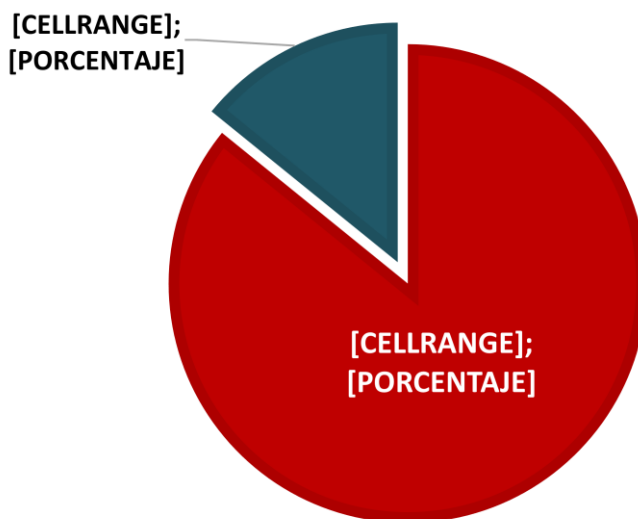


Figura 2. Riesgo de disfunción sexual

En cuanto a los grupos etarios se identificó que las mujeres entre 30 a 34 y entre 50 a 54 son quienes mayor riesgo de disfunción sexual presentan (Ver Figura 2).

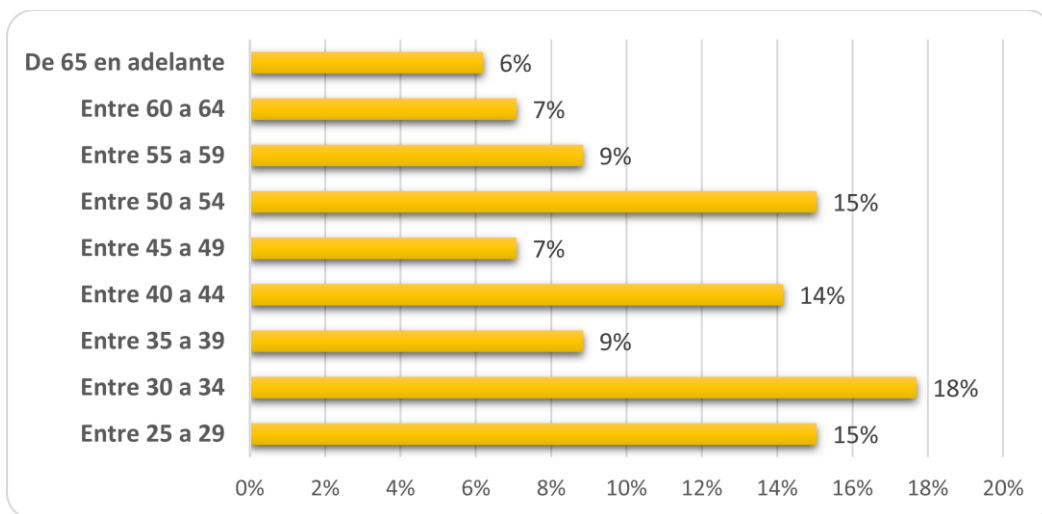


Figura 2. Riesgo de disfunción sexual por rango de edad.

Referente al estado civil de las mujeres participantes, se identificó que aquellas que presentan mayor riesgo de disfunción sexual son las casadas, solteras y en unión libre (Ver tabla 3).

Tabla 3. Estado civil

Estado civil	Riesgo de disfunción sexual		Sin riesgo de disfunción sexual	
	Nº	%	Nº	%
Unión libre	18	16%	6	5%
Casada	45	40%	5	4%
Separada	12	11%	2	2%
Soltera	17	15%	3	3%
Viuda	5	4%	0	0%
Total	97	86%	16	14%

Fuente: La investigación

Ahora bien, considerando el nivel de instrucción como se observa en la tabla 4, las mujeres con mayor riesgo de disfunción sexual son aquellas que no poseen estudios o estos son de nivel primario.

Tabla 4. Nivel de estudios

Instrucción	Riesgo de disfunción sexual		Sin riesgo de disfunción sexual	
	Nº	%	Nº	%
Ninguno	58	51%	7	6%
Primarios	22	19%	6	5%
Secundarios	5	4%	3	3%
Superiores	12	11%	0	0%
Total	97	86%	16	14%

Fuente: La investigación

De manera general, se obtuvo que, en todos los dominios se presentan disfunciones sexuales en las mujeres evaluadas, la media general en la puntuación fue de 3 (Tabla 4).

Tabla 4. Dominios de la encuesta

Dominio	Preguntas	Media	Min	Max	Desv. Est.
Deseo	1-2	3	1	5	1,2
Excitación	3-6	3	0	6	1,7
Lubricación	7-10	3	0	6	1,9
Orgasmo	11-13	3	0	6	1,8
Satisfacción	14-16	3	0	6	1,7
Dolor	17-19	4	0	6	2,2

Fuente: la Investigación



Además, de acuerdo con la prueba de Chi Cuadrado de Pearson se identificó una relación de significancia entre el riesgo de disfunción sexual y la edad con un valor $P=0.05$, no se presenta asociación con el número de hijos ($P=0.573$) ni con el nivel de estudios ($P=0.60$) y el estado civil ($P=0.424$).

DISCUSIÓN

El IFSF permitió evaluar los diferentes dominios que este considera, así se ha identificado que el 86% de mujeres beneficiarias del Bono Joaquín Gallegos Lara presenta riesgo de disfunción sexual, cifra mayor a los datos obtenidos por Valenzuela, Contreras y Manríquez (2014) con el 32% y al estudio con mujeres chilenas que registraron en 36% (Blümel et al, 2004) o el 21% en el caso de las colombianas (Blümel et al, 2009).

Por otra parte los grupos etarios con mayor riesgo fueron entre 30 a 34 con el 18% y entre 50 a 54 con el 16%. Lo que concuerda con el 40% de las mujeres de 18 a 59 años en Estados Unidos que tienen trastornos sexuales (Laumann, Paik y Rosen, 2009), al igual que con el estudio de Valenzuela, Contreras y Manríquez (2014) que identificaron como grupo etario de riesgo entre los 35 a 39 años representando el 29% de la muestra total, además la puntuación media del test fue de 3, es decir muy por debajo al valor referencial que evalúa a las personas como con disfunción sexual, al respecto Rosen et al (2010) indicaron en sus investigaciones en Norteamérica que la media fue de 8 puntos, cifra lejana a la obtenida en este estudio en mujeres cuencanas.

Por otra parte, con el incremento etario, se pudo observar que los valores de IFSF descendían considerablemente, sobre todo desde los 40 años, lo que indica un detrimento en la sexualidad femenina (Rosen et al, 2010). Estos resultados coinciden con los de la presente investigación, los cuales mostraron que la prevalencia de estos trastornos se registraba con valores críticos conforme la aplicación del test, registrando una media de 1 punto. Laumann et al (2009), informaron resultados similares en mujeres norteamericanas.



Respecto al nivel académico, en la presente investigación se confirmó que éste fue predictor de un elevado riesgo disfuncional en cuanto a la sexualidad en mujeres cuidadoras con menor nivel de estudios, de igual forma la edad desde los 40 años en adelante evidencia la tendencia de problemas funcionales en la sexualidad femenina. Por su parte Gramegna et al (2012) en sus estudios, identificaron que, a más rango educacional, existió un menor riesgo de perturbaciones de la sexualidad. Estos investigadores indicaron, particularmente, que las mujeres con un menor nivel educativo, fueron quienes presentaron una mayor falencia orgásmica. En la misma línea Blümel et al (2012) expusieron que, a más nivel de educación, se registraba un descenso del 40% en el riesgo de presentar problemas sexuales. Igualmente, Laumann, Paik & Rosen (2009), encontraron que el riesgo de trastornos sexuales aminoraba en un 50% en mujeres profesionales, esto en comparación con quienes no culminaron sus estudios.

Además, en la actual investigación, la condición de tener pareja estable tampoco fue un factor determinante ante la posibilidad de problemas de la sexualidad. Coincidiendo con Laumann, Paik y Rosen (2009), quienes observaron que las mujeres con pareja, tuvieron un 50% de más probabilidades de presentar complicaciones ante un orgasmo y casi 60% de registrar un elevado nivel de ansiedad en su desempeño sexual al igual que McCabe y Goldhammer (2011) quienes identificaron problemas fundamentalmente con el deseo sexual de las mujeres que tuvieron pareja.

CONCLUSIÓN

Se concluye, por tanto, que el Índice de Función Sexual Femenino ha permitido identificar que las mujeres beneficiarias del Bono Joaquín Gallegos Lara presentan un alto riesgo de disfunción sexual, lo que conlleva a una vivencia de la sexualidad no plena debido a las experiencias de las cuidadoras.

Esto se evidencia en la percepción de la sexualidad, pues en todas las dimensiones se ha obtenido una puntuación baja, demostrando la dificultad que tienen para vivenciarla, sobre todo en mujeres casadas, solteras y en unión libre, además que otro factor que incide se refiere al nivel de educación, puesto que las mujeres con mayor riesgo de disfunción sexual son aquellas que no poseen estudios o estos son de nivel primario.



Ya de manera general es posible indicar que los resultados obtenidos con el FSFI mantienen similitud con otras investigaciones desarrolladas respecto a mujeres cuidadoras, siendo el riesgo de disfunción sexual un hallazgo común en este grupo social.

RECOMENDACIONES

Es preciso considerar que el test FSFI es una herramienta muy importante, que no aborda la vivencia de la sexualidad sino una de sus dimensiones relacionada a las relaciones sexuales, cuyos resultados alertan de la necesidad de trabajar más en este ámbito. Por otro lado, desde la perspectiva de género, la sexualidad es también un espacio de ejercicio arbitrario de poder con graves consecuencias en la vivencia de la misma y en la vida de las personas, siendo un aspecto que requiere profundización a futuro.

De tal manera, que los resultados del estudio ponen de manifiesto una realidad referencial para continuar avanzando en conocimientos en este campo y sobre todo en la necesidad de intervenciones más integrales desde las instituciones que trabajan con mujeres cuidadoras tales como el Ministerio de Inclusión Económica y Social o el Ministerio de Salud Pública, por ejemplo, que sean capaces de contemplar estos aspectos para apoyar y brindar una mejor atención y protección a este grupo poblacional.



Referentes bibliográficos

- Beltrán, A. (2015). Sexualidad y salud sexual en la construcción de las identidades de género y la orientación del deseo sexual. Universidad de Valencia. Psicología de la personalidad: intervención áreas clínicas y sociales. Valencia.
- Blümel, J. Binfa, L. Cataldo, P. Carrasco, A. Izaguirre, H. Sarrá, S. (2004). Índice de la Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Chil Obstet Ginecol. P. 118-125.
- Blümel, J. Chedraui, P. Baron, G. Belzares, E. Bencosme, A; et al. (2009). Sexual dysfunction in middleaged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. Menopause.P.1139-1148.
- Blümel, J. Araya, H. Riquelme, R. Castro, G. Sánchez, F. Gramegna, G. (2012). Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. Revista médica de Chile N°130.
- Cantón, Mariela (2014). ¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual. Estudios feministas, Florianópolis, 19(3),801-821.
- Carrasco, C. Borderías, C. & Torns, T. (2011). El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. Madrid.
- D'Argemir D. (2016). Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. Cendra Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España. Psico-perspectivas, individuo y sociedad. Vol. 15. N°3, p.10-22.
- Ellis, M. (1993). Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad. Barcelona: Melusina.



- Esguerra, I. (2013). Sexualidad en tiempos modernos: análisis crítico desde una perspectiva de género. *Avances sociales*, 25 (2):124-140.
- Giraldo, A. (2011). Explorando las sexualidades humanas: aspectos psicosociales, Churubusco 385 Pte., México 13 D.F. R Tercera Edición, P. 140 editorial Trillas, S.A. Avenida Ríos.
- Gramegna, G. Blumel, J. Roncagliolo, M. Aracena, B. Tacla, X. (2012). Patrones de conducta sexual en mujeres chilenas. *Revista Médica de Chile* N° 12. P. 162-68.
- Ikastola, A. (2009). Orientaciones para la intervención en sexualidad en personas con consumo problemático de drogas. Chile: Ministerio de Interior y Seguridad Publica.
- IMSERO. (2018). Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de agosto de 2018. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero).
- Kimmel, M. (2012). "La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes". Ediciones de las Mujeres, No. 17, Isis Internacional, Santiago, Chile, 1992.
- Lameiras, M. Carrera, M. Rodríguez, Y. (2013). Sexualidad y salud. El estudio de la sexualidad humana desde una perspectiva de género. Vigo: Sevizio de Publicacións da Universidade de Vigo.
- Laplanche, J. Pontalis, J. (1993). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Paidós.
- Laumann, E. Paik, A. Rosen, R. (2009). Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *JAMA* N° 281. P. 537-544.
- León, M. (1999). Propuesta para el reconocimiento de Derechos Sexuales y Reproductivos en la Nueva Constitución en Derechos Sexuales y Reproductivos. *Avances Constitucionales y Perspectivas en Ecuador*, Magdalena León (Ed), Quito, FEDAEPS.



- Lucas, M. (2011). Las nuevas tecnologías en la promoción de la salud sexual y en la formación en salud sexual de profesionales sanitarios. AISM.
- McCabe, M. Goldhammer, D. (2011). Demographic and psychological factors related to sexual desire among heterosexual women in a relationship. Rev. J Sex Res. 28:1-10.
- Martín, D. (2014). Guía de atención a las personas cuidadoras. Servicio de salud del Principado de Asturias. Unidad de Análisis y Programas. Servicio de Publicaciones de la Consejería de la Presidencia.
- MIES. (2014). Misión Joaquín Gallegos Lara y el bono de discapacidad de Ecuador. Quito.
- MIES. (2018). Bono Joaquín Gallegos Lara. Seguimiento para inclusión de usuarios al bono Joaquín Gallegos Lara año 2018, Provincia del Azuay, Cantón Cuenca.
- Organización Mundial de la Salud. (1975). Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud, 572. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial para la Salud. (2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología. Guatemala.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra.



- Peralta, C. (2014). Mujeres cuidadoras en contextos de pobreza. El caso de los Programas de Transferencias Condicionados en Argentina. *Rev. Estudios Feministas*, Florianópolis, 22(1): 416, janeiro-abril.
- Rentería, P. Sardiñas, E. (2009) Estados clínico y autopercepción de la sexualidad en ancianos con enfoque de género. *Revista cubana de enfermería*, 25 (1-2).
- Rosen, R. Brown, C. Heiman, J. Leiblum, S. Meston, C. Shabsigh, R. et al. (2010). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. N° 26. P. 191-208
- Rubín, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C.S. Vance (Comp.), *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina* (pp. 113-190). Madrid: Revolución.
- Rubio, A. (2014). *Antología de la sexualidad humana*. Segunda edición. México: Conapo.
- Ruíz, A. (1999). Presentación de las mujeres y el derecho, *Identidad femenina y discurso jurídico*, Buenos Aires, Biblos, p. 18.
- Sanz, M. (2008). *Curso de formación en Salud Sexual*. Tema I: Bases Históricas y Psicosociales del Hecho Sexual. Andalucía: Lavante.
- Valenzuela, R. Contreras, Y. Manríquez, K. (2014). Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. *Revista Chilena Obstet Ginecol*. Chile, p. 92 – 101.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México D.F. Paidós, PUEG, UNAM. Capítulo 2: La invención de la sexualidad, p. 21-46.
- Wigel, M. (2005). The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Rev. J. Sex Marital Ther*. Jan-Feb;31(1), p. 1-20.



Zaffaroni, E. (2000). Manual de Derecho Penal, Sociedad Anónima. Editora, Buenos Aires, p. 34.



ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Técnica
Edad	Biológica	Tiempo vivido en años	18 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a 44 años 45 a 49 años 50 años o más	Encuesta
Hijos	Hijos nacidos vivos	Número de hijos vivos	Número de hijos vivos	Encuesta
Sexo	Biológica	Dada por la condición biológica	1. Masculino 2. Femenino	Encuesta
Instrucción	Educativo	Grado de nivel de estudio aprobado	1. Primario 2. Secundaria 3. Superior 4. Ninguna	Encuesta
Estado Civil	Social	Cedula de identidad, Historia clínica	1. Soltera 2. Unión libre 3. Casada 4. Otro	Encuesta
Situación laboral	Social	Condición laboral actual	1. Empleada 2. Desempleada	Encuesta
Deseo	Biopsicosocial	Preguntas 1, 2	Escala de Likert	FSFI
Excitación	Biopsicosocial	Preguntas 3, 4, 5, 6	Escala de Likert	FSFI
Lubricación	Biopsicosocial	Preguntas 7, 8, 9, 10	Escala de Likert	FSFI
Orgasmo	Biopsicosocial	Preguntas 11, 12, 13	Escala de Likert	FSFI
Satisfacción	Biopsicosocial	Preguntas 14, 15, 16	Escala de Likert	FSFI
Dolor	Física	Preguntas 17, 18, 19	Escala de Likert	FSFI



Anexo 2. FSFI – Female Sexual Function Index

The FSFI is a brief questionnaire measure of sexual functioning in women. It was developed for the specific purpose of assessing domains of sexual functioning (e.g. sexual arousal, orgasm, satisfaction, pain) in clinical trials. It is not a measure of sexual experience, knowledge, attitudes, or interpersonal functioning in women. It was not designed for use as a diagnostic instrument and should not be used as a substitute for a complete sex history in clinical evaluation.

The FSFI was validated in two groups of women, including subjects with sexual arousal disorder (determined by history) and age-matched controls. The instrument sensitively and reliably differentiated these two groups on all domains of sexual functioning. The FSFI may be useful for evaluation of treatment outcome in a clinical trial situation, but this remains to be demonstrated.

The psychometric validation of the FSFI was conducted by a group of investigators*, with funding from two corporate sponsors (Bayer AG and Zonagen, Inc.). Target Health Inc. served as the CRO for the project. Raymond Rosen, Ph.D., Professor of Psychiatry at Robert Wood Johnson Medical School, served as principal investigator for the study. The study has been published in the Journal of Sex and Marital Therapy.

*Study sites included: C. Brown, Pharm.D., U. Tennessee, Memphis, TN; J. Heiman, Ph.D., U. Washington, Seattle, WA.; S. Leiblum, Ph.D., UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, Piscataway, NJ; C. Meston, Ph.D., U. Texas, Austin, TX; R. Shabsigh, M.D., Columbia U. School of Medicine, New York, NY



FSFI SCORING APPENDIX

Question

Response Options

1. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?
 - 5 = Almost always or always
 - 4 = Most times (more than half the time)
 - 3 = Sometimes (about half the time)
 - 2 = A few times (less than half the time)
 - 1 = Almost never or never
2. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?
 - 5 = Very high
 - 4 = High
 - 3 = Moderate
 - 2 = Low
 - 1 = Very low or none at all
3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?
 - 0 = No sexual activity
 - 5 = Almost always or always
 - 4 = Most times (more than half the time)
 - 3 = Sometimes (about half the time)
 - 2 = A few times (less than half the time)
 - 1 = Almost never or never
4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?
 - 0 = No sexual activity
 - 5 = Very high
 - 4 = High
 - 3 = Moderate
 - 2 = Low
 - 1 = Very low or none at all
5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?
 - 0 = No sexual activity
 - 5 = Very high confidence
 - 4 = High confidence
 - 3 = Moderate confidence
 - 2 = Low confidence
 - 1 = Very low or no confidence



6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 1 = Extremely difficult or impossible
- 2 = Very difficult
- 3 = Difficult
- 4 = Slightly difficult
- 5 = Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 1 = Extremely difficult or impossible
- 2 = Very difficult
- 3 = Difficult
- 4 = Slightly difficult
- 5 = Not difficult



11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm (climax)?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how difficult was it for you to reach orgasm (climax)?

- 0 = No sexual activity
- 1 = Extremely difficult or impossible
- 2 = Very difficult
- 3 = Difficult
- 4 = Slightly difficult
- 5 = Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how satisfied were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your sexual relationship with your partner?

- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied



16. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your overall sexual life?

- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- 0 = Did not attempt intercourse
- 1 = Almost always or always
- 2 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 4 = A few times (less than half the time)
- 5 = Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- 0 = Did not attempt intercourse
- 1 = Almost always or always
- 2 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 4 = A few times (less than half the time)
- 5 = Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- 0 = Did not attempt intercourse
- 1 = Very high
- 2 = High
- 3 = Moderate
- 4 = Low
- 5 = Very low or none at all



FSFI DOMAIN SCORES AND FULL SCALE SCORE

The individual domain scores and full scale (overall) score of the FSFI can be derived from the computational formula outlined in the table below. For individual domain scores, add the scores of the individual items that comprise the domain and multiply the sum by the domain factor (see below). Add the six domain scores to obtain the full scale score. It should be noted that within the individual domains, a domain score of zero indicates that the subject reported having no sexual activity during the past month. Subject scores can be entered in the right-hand column.

Domain	Questions	Score Range	Factor	Minimum Score	Maximum Score	Score
Desire	1, 2	1 – 5	0.6	1.2	6.0	
Arousal	3, 4, 5, 6	0 – 5	0.3	0	6.0	
Lubrication	7, 8, 9, 10	0 – 5	0.3	0	6.0	
Orgasm	11, 12, 13	0 – 5	0.4	0	6.0	
Satisfaction	14, 15, 16	0 (or 1) – 5	0.4	0.8	6.0	
Pain	17, 18, 19	0 – 5	0.4	0	6.0	
Full Scale Score Range				2.0	36.0	